

---

**LA CONFIGURACIÓN DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS EN ARGENTINA.  
Desde la profesionalización de la Psicología  
hasta la Ley de Salud Mental (1954-2010)**

*The configuration of public policies in Argentina.  
From the professionalization of Psychology  
to the Mental Health Law (1954-2010)*

**NICOLÁS CAMPODÓNICO**

Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de La Plata (UNLP)  
Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET)

**Resumen**

Reconocemos que en la actualidad nuevas condiciones históricas hacen de la Salud Mental un tópico de creciente preocupación tanto a nivel de política pública como de orientaciones teóricas. En el contexto de los cambios actuales, las políticas sociales, y las de salud en particular, se ven transformadas en la redefinición de las funciones del Estado. Entonces, nos proponemos analizar los avatares y contextos sociales, políticos, culturales, económicos, por los que ha atravesado en la historia de Argentina, las formulaciones y aplicaciones de políticas públicas en salud mental, tomando como período desde 1954 la profesionalización de la Psicología hasta la formulación de la Ley de Salud Mental en 2010, para de esta forma historizar los avatares e implicancias que se suscitaron en este período.

**Palabras clave:** Salud Mental, Política Pública, Influencia cultural, Historia

**Summary**

We recognize that currently new historical conditions make Mental Health a topic of growing concern both at the level of public policy and theoretical orientations. In the context of current changes, social policies, and health policies in particular, are transformed into the redefinition of the functions of the State. Then, we intend to analyze the avatars and social, political, cultural, economic contexts, through which Argentina's history and formulations and applications of public policies in mental health have gone through, taking as a period since 1954 the professionalization of Psychology until the formulation of the Mental Health Law in 2010, in order to historicize the avatars and implications that arose during this period.

**Keywords:** Mental Health, Public Policy, Cultural Influence, History

**Recibido:** 04/04/2018 **Aceptado:** 25/06/2018

---

## LA CONFIGURACIÓN DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS EN ARGENTINA. Desde la profesionalización de la Psicología hasta la Ley de Salud Mental (1954-2010)

**NICOLÁS CAMPODÓNICO\***  
(UNLP-CONICET)

### Introducción

Para aproximarse a la trama de la historia de la psicología académica y profesional en Argentina, con sus personajes, sus instituciones, el juego de intereses, las transformaciones ideológicas, la diferenciación de períodos y procesos, es necesario acudir a los diferentes trabajos específicos en el tema de autores como Klappenbach, Rossi, Vezzetti, Vilanova, entre otros.

Partimos de reconocer que los problemas que atraviesan el campo de la Salud Mental en Argentina provienen de sus orígenes. El problema en que este trabajo se inscribe resulta del tema más general de las respuestas a través de las políticas públicas en el campo de la salud mental a las diferentes cuestiones clínicas y sociales que se presentan en este campo. Las consultas en el ámbito de la salud pública constituyen una problemática de interés en el campo de las diferentes orientaciones teórico-clínicas así como una preocupación marcada en el abordaje por parte del Estado en la salud pública. Es así, que en el contexto de los cambios actuales, las políticas sociales y entre ellas las de salud en particular se ven severamente transformadas en la redefinición de las funciones del Estado. Las prácticas en salud mental son, obviamente, atravesadas por estas políticas que generan preocupaciones y ocupaciones, análisis y reflexiones e implican movimientos y transformaciones constantes en dicho campo. Por este motivo, nos proponemos en el actual proyecto analizar los avatares y contextos sociales, políticos, culturales, económicos, por los que ha atravesado en la historia de nuestro país, las formulaciones y aplicaciones de políticas públicas en salud mental, tomando como periodo referencia desde: la profesionalización de la Psicología a partir de 1954 hasta la formulación de la Ley Nacional de Salud Mental en 2010. Para de esta forma historizar los avatares e implicancias que se suscitaron en este periodo. Esto resulta importante porque la historia nos ayuda a tener una perspectiva genealógica de los actuales problemas, es decir, en otras palabras, nos ayuda a entender el presente, no solamente, lo que se nos presenta como conflictivo dentro de nuestro campo, sino también aquello que se nos aparece como incuestionable. Cada ciencia y cada profesión tiene un relato de su desarrollo y un mito de sus orígenes, y resulta interesante cómo desde una mirada crítica se puede analizar la “historia oficial” y empezar a reconstruir otras historias, para repensar nuestro presente y proyectar el futuro. (Ostrovsky, 2010)

---

\* Doctor en Psicología. Licenciado en Psicología, Especialista en Clínica Psicoanalítica con Adultos (UNLP). Docente de la cátedra de Psicopatología I de la Facultad de Psicología de La Plata. Becario posdoctoral de CONICET.

Nos ha parecido importante partir entonces de la referencia de los autores en cuanto a la consideración de las prácticas en salud mental como un conjunto simultáneo de representaciones, saberes y acciones específicas de un campo definido, el de la salud mental, espacio no homogéneo, de contradicciones y antagonismos. Es así que el campo de la salud mental se transforma en un sub-campo de las prácticas de salud en general, cuya especificidad se define por el particular constructo social de sentido con respecto a la locura producido en la modernidad, y sus formas institucionales específicas. (Stolkiner, 2009, p. 172)

Resulta necesario demostrar el contexto por el cual se fue desarrollando el campo de la llamada salud mental. Por consiguiente, se puede caracterizar la configuración del campo de la salud mental como un proceso que se fue dando a través del pasaje de un modelo asilar-manicomial hasta llegar a las importantes políticas en el campo de la salud mental que se desarrollan en la actualidad. (Arriaga, Ceriani, & Monópoli, 2013) Ante la crítica al sistema asilar-manicomial, la generación de propuestas asistenciales diversas a ésta, es posible de ser situada en los comienzos de los años cincuenta en el siglo pasado, ligada, por un lado, a la instauración del Estado Social en los países centrales, y por otro, posteriormente, a los movimientos sociales tendientes a cuestionar órdenes reinantes. La redistribución operada por las políticas sociales en esa época tendía a proveer márgenes de salud y bienestar a la población y a mantener los límites de los conflictos sociales dentro del dominio del saber técnico-administrativo. Podemos mencionar que la mayoría de las transformaciones en salud mental se englobaron en reformas sanitarias más extensas. Tal es el caso de la psiquiatría comunitaria inglesa, la Reforma psiquiátrica Italiana, entre otras. Sin embargo, con excepción de la experiencia Italiana, todas estas experiencias terminan coexistiendo con los manicomios y, en algunos casos, viendo reaparecer los supuestos objetivantes y segregativos en el interior de prácticas supuestamente innovadoras.

Partimos de trabajos que han indagado períodos anteriores al propuesto para este proyecto donde se ha abordado acerca de la higiene mental en la Argentina. (Talak, 2005) Y así situarnos a partir de la profesión de la Psicología e inserción en el campo de la salud mental como actores activos en el proceso vinculándose con la formulación de políticas públicas progresivamente. (Courel & Talak, 2001) De esta forma, reconocemos que desde la profesionalización de la Psicología en Argentina (1954) hasta la sanción de la Ley de Salud Mental en 2010 han suscitado importantes cambios en las esferas de nuestra sociedad que se vinculan directamente con las políticas públicas propuestas en el área de salud mental para abordar diferentes problemáticas. Los procesos socio-históricos, las condiciones políticas y económicas, entre otras cuestiones como las relaciones de género, como el consumo problemático de sustancias, se vinculan, a nivel singular y colectivo, con los procesos de salud, enfermedad, atención y cuidado. En el campo de la salud mental, las tensiones entre las lógicas manicomiales, judicializantes y la lógica de derechos, emergen en las prácticas y políticas públicas, como así también en la producción de conocimiento. Desde una perspectiva ética que interpele la complejidad de las necesidades y demandas, desigualdades e inequidades en la accesibilidad en el campo de las políticas públicas, proponemos relevar diferentes perspectivas que nos permitan

develar nudos y rutas críticas, así como también brechas en el acceso al derecho a la salud mental. Para las políticas de salud mental se mantienen permanencias de objetivos y formulaciones fundacionales, enriquecidas con los avances en las experiencias de sus realizaciones y del afinamiento conceptual y doctrinario en las varias disciplinas y perspectivas que se integran en el campo de la salud mental. Entre ellas las que han tenido un significativo desarrollo en estas décadas son las que vienen impulsadas por las jurisprudencias y las políticas que tienen que ver con los derechos humanos y sociales. Si bien desde los principios de salud mental se denunciaba y luchaba contra la segregación y la violencia ejercida sobre los “locos” y sus familias, o sobre las personas alcohólicas o con problemas de drogas, es simultáneamente con el incremento mundial y nacional de las luchas por esos derechos que se comienza a visibilizar las problemáticas del sufrimiento mental y sus maneras culturales de trato inhumano como un problema que necesariamente debe ser visibilizado como violación a derechos fundamentales. Con lo que se fueron produciendo marcos legales en consonancia con numerosos principios, acuerdos, declaraciones internacionales y recomendaciones de organismos internacionales, a los que nuestro país adhirió y que en algunos colaboró en redactar, comprometiéndose a utilizarlos como orientadores para la planificación de políticas públicas. (Galende, 1992)

Para poder vislumbrar la actual preocupación por la Salud Mental, tomamos como referencia trabajos anteriores (Klappenbach, 1989; Talak, 2005) donde resulta importante subrayar el recorrido y el pasaje desde el paradigma tutelar al paradigma de los derechos humanos, y para ello sería necesario plantear la configuración del campo de la salud mental en primer lugar desde el abordaje de la locura por el discurso jurídico bajo el paradigma de la peligrosidad, previo a la revolución francesa, después el modelo asilar-manicomial y la medicalización de la locura, pasando posteriormente por el planteo higienista de principios del Siglo XX (que consistía en un movimiento que tenía como objetivo prevenir los diversos problemas sanitarios en el conjunto social), hasta llegar a partir de la década del 50 con las importantes políticas públicas en Salud mental y la Ley Nacional de Salud Mental de 2010 que pone el acento en la interdisciplinariedad e intersectorialidad y donde se reconoce a la salud mental en el art. 3 como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona. (Ley Nacional de Salud Mental, 2010) Reflexionando de esta manera sobre las situaciones y dilemas en las prácticas, y los desafíos frente a las significaciones y representaciones sociales y los discursos hegemónicos.

### **Psicopatología y campo de la salud mental en el mundo: orígenes y desafíos**

Resulta necesario plantear las coordenadas del surgimiento de la psiquiatría, que nace como rama de la medicina a fin de responder a una demanda de época consecuente al nacimiento de los estados modernos. Esto es lo que Michel Foucault (1967) conceptualizó sobre su nacimiento político en el contexto de la revolución

francesa. En una ciudad pensada para el deambular por los libres ciudadanos en los espacios públicos, y en una sociedad que se suponía que los sujetos regidos por la razón realizaban las elecciones necesarias para posicionarse libre e individualmente, fue necesario definir un espacio material y simbólico para alojar a la “locura” y tutelar a quienes no podían ejercitar la libertad por hallarse “alienados”. Se suponía una sociedad compuesta por sujetos racionales que tomaban decisiones en función del máximo beneficio al menor costo y que se desarrollaba armónicamente por el motor de la competencia mercantil. El Estado era el garante del cumplimiento de este contrato y debía también definir los espacios para quienes resultaban disruptivos dentro de este esquema. De allí el nacimiento de instituciones asistenciales fundadas en la lógica filantrópica, y sostenidas en una articulación entre ciencia y moral. En este contexto, la nueva rama de la medicina, la medicina “mental”, instituyó lo que anteriormente eran establecimientos de reclusión como espacios de curación. La privación de derechos, en la institución de tutela, pasó a ser encubierta por el supuesto de cuidado o de curación. Al respecto nos dice Emiliano Galende (1990): “el gran cambio en las prácticas terapéuticas se introduce por la medicalización de la relación de asistencia, pasándose de lo que era un encierro compulsivo y policial con convalidación de la Iglesia a un tratamiento compulsivo de los enfermos”. (p. 134) En esta confluencia se consolida la institución asilar-manicomial que será el paradigma de la medicalización de la locura. Podremos situar que, en primer lugar, en un comienzo “el loco” estaba a cargo del discurso jurídico quien realizaba un abordaje social y no terapéutico, ubicándolo junto al marginal, criminal, entre otros, constituyendo de esta forma un grupo indiferenciado que atentaba contra el orden material y social de la familia y el Estado. Todo ello bajo el paradigma de la peligrosidad. La presencia de la medicina en el tratamiento de la locura, permitió extraer al loco de este grupo, para brindarle una categoría fuera del discurso social y jurídico. Es necesario aclarar, en este punto, que la medicalización no fue privativa de la psiquiatría. Es una faceta de un proceso en el cual la ciencia moderna, que supuestamente produce un conocimiento objetivo y verdadero, externos a los intereses y ópticas de los diversos sujetos sociales, se instituyó como razón de poder, reemplazando el lugar de la religión. El positivismo como pensamiento hegemónico planteó la ciencia como garante de la racionalidad del orden social. En ese preciso lugar, la medicina fue llamada a ejercer un papel ordenador en nombre del bien de los sujetos y del desarrollo de la sociedad.

A principios del siglo XX, este modelo comienza a ser cuestionado por el higienismo mental naciente. De esta manera vemos que el concepto de “campo de salud mental”, tan importante hoy, tiene su historia particular. Se encuentra situado como heredero del higienismo, movimiento que tenía como objetivo prevenir los diversos problemas sanitarios en el conjunto social. La Higiene Mental surgió como movimiento en un momento y en un lugar determinado: a principio del siglo XX en Estados Unidos. Sus protagonistas buscaban el cambio de la situación de las terapias, de los hospitales y de los enfermos internados en las instituciones asilares, enfatizando la necesidad de la prevención. Este higienismo se oponía al alienismo y al monopolio de las respuestas que daban la psiquiatría y su institución, el manicomio. Las transformaciones de la psiquiatría bajo el influjo del higienismo son descriptas así por Leo Kanner: “lo que solía ser considerado como una entidad patológica

circumspecta se miraba ahora como la actividad nociva de una persona, a veces de fundamento orgánico reconocido, a menudo sin esa etiología pero siempre impregnada por los factores de personalidad y el medio. La psiquiatría salió de los manicomios, se divorció de las restricciones impuestas al concepto legal de insania, de encierro y se dedicó a atender toda clase de conducta humana defectuosa, de cualquier intensidad". (Kanner, 1971, p. 43) Aunque el higienismo mental criticó las condiciones del modelo asilar, no logró modificar los principios de privación de derechos o el modelo de la reclusión que lo caracterizaba. No obstante, podemos decir que dio los primeros pasos para abrir las perspectivas de las prácticas tradicionalmente circumspectas al asilo. Pese a ello, recién en la segunda mitad del siglo XX, en la posguerra, se inician los procesos de reforma psiquiátrica en el marco del nacimiento de las políticas públicas en salud mental. (Stolkiner, 2003-2004)

Sobre este proceso, dice Galende (1990): "en los años cincuenta se va definiendo el nuevo reordenamiento de lo mental en el mundo. Goffman muestra en los Estados Unidos la creación de una nueva patología por el internamiento. Crecen en todo el territorio norteamericano las socioterapias y las comunidades terapéuticas. Cuando llega la ley Kennedy en 1963, con el Programa federal de Psiquiatría Comunitaria, el terreno estaba abandonado. En Francia, a partir de Saint-Alban y con el apoyo del Frente Patriótico, se promulga la reforma sanitaria y la creación del sector como nueva política en Salud Mental. En Italia, el Frente Democrático, reconstruye la organización de salud e instala las primeras comunidades terapéuticas, para luego, con Basaglia, desembocar en el cierre del Hospital de Trieste y la actual ley de salud mental. Todo este movimiento no debe entenderse como despliegue, extensión o modernización de la psiquiatría, ya que, por el contrario, constituye su crisis, expresada justamente en su imagen institucional, y ha de llevar a la construcción de un nuevo modelo de acción, que son las políticas de salud mental." (Galende, 1990, p. 146)

Las políticas en salud mental resultaron tan diversas como los contextos y Estados en que se desarrollaron. No obstante, hay algunas tendencias que, en términos generales, pueden señalarse como implícitas o deseables en las propuestas de reforma:

1. Centrar la atención en el concepto de sufrimiento psíquico o padecimiento subjetivo y no el de enfermedad mental.
2. Romper el supuesto o representación de peligrosidad asociado a la reclusión. Modificar las reglas jurídicas al respecto.
3. Proponer formas ambulatorias o integradas a la sociedad de atención de las patologías psiquiátricas tradicionales.
4. Trabajar sobre la producción social de padecimiento subjetivo en las esferas de la vida social
5. comunitaria en actividades de promoción de la salud.
6. Incorporar la conceptualización de ciudadanía y de derechos como componente de la práctica curativa y preventiva.
7. Reconocer que la complejidad de la problemática implica un abordaje interdisciplinario e intersectorial.



En los últimos tiempos, nuevas condiciones y concepciones históricas hacen de la salud mental un tópico de creciente preocupación y ocupación. En consonancia con esta realidad, en el año 1996 se desarrolló la Conferencia Internacional de Salud Mental, y el documento final de esa reunión, en acuerdo con la tendencia general en salud destacó la necesidad de reorientar los esfuerzos desde el ámbito institucional hacia el comunitario, y de incluir los servicios de salud mental en los programas de seguro médico. Se estimuló, además, la creación de programas destinados a asegurar el desarrollo social de los niños y los derechos de las personas con discapacidad mental. El 2002 es declarado por la OMS Año, Internacional de la Salud Mental y como parte de ello se anunció el Programa Mundial de Acción en Salud Mental.

### **La historia de la psiquiatría de nuestro país**

La manera de definir las reformas en salud mental en Argentina en distintos momentos históricos, apela a confrontar la idea de la superación de lo tradicional (abordajes psiquiátricos denominados “tradicionales”) por métodos modernos y/o progresistas; independientemente de la antigüedad y de la existencia de antecedentes de las reformas que se pretenden encarar como novedosas y modernizadoras. También resulta una recurrencia que la transformación del sistema de atención de salud mental apele fundamentalmente a la creación de nuevos dispositivos diversificados; como si ello garantizara la reforma en profundidad de los abordajes tradicionales instituidos

En 1854 se creó el Hospicio de Mujeres, hoy “Braulio Moyano” y en 1863 el de Hombres, actualmente Hospital “José T. Borda”, en la ciudad de Buenos Aires. Enmarcado en una visión de la salud de carácter individualista, sostenido por la iniciativa y la dádiva de las sociedades de beneficencia y a menudo dirigido por poderes confesionales. En el caso de los primeros manicomios, en poco tiempo reflejaban imágenes del gran encarcelamiento, desatendiendo las condiciones especiales con las cuales debía contar el alienista para producir el denominado “tratamiento moral”.

Esta situación fue aliviada parcialmente por el alienista Domingo Cabred que creó la Colonia Nacional de Alienados “Open Door” en 1899, y en 1906 la Dirección de la Comisión de Asilos y Hospitales Regionales. En 1920, Cabred promovió la construcción de numerosas colonias y asilos, y llevó adelante una serie de reformas que estaban en las intenciones de algunos alienistas progresistas. Cabred pretendía extender este sistema (Open Door) a todo tipo de alienado y remarcaba que la función de los asilos colonia era la de dar asistencia y educación. Prácticamente no había fugas, debido al bienestar que tenía en enfermo. Sostuvo la importancia de un tratamiento donde el enfermo desarrollara tareas variadas al aire libre, con la mayor cantidad de libertad compatible con su estado y con la posibilidad de realizar también un sinnúmero de tareas complementarias que canalizaran habilidades laborales. (Falcone, 2013)

Sin embargo, las transformaciones de la situación social del país comprometieron este panorama. El modelo agro-exportador y el fomento de las inmigraciones implicó un desplazamiento de población hacia las ciudades, que

crecieron rápidamente y produjeron nuevos problemas sociales y sanitarios. De ese modo se incorporaron las nacientes ideas del “Higienismo”, que tenía como objetivo prevenir los diversos problemas sanitarios (desde epidemias hasta delitos) en el conjunto social.

En las siguientes décadas se produjo una transición que fue desnudando los límites de las políticas de alienistas e higienistas debido a la indigencia estructural, propia de la lógica manicomial; y por la insuficiencia crónica de recursos que negaban las clases dominantes.

En 1931 el destacado psiquiatra Gonzalo Bosch publicó un texto sobre “El pavoroso aspecto de la locura en la República Argentina”, en el cual criticaba a un Estado que fracasaba, a una crisis de legitimación en la psiquiatría y a sus deudas respecto a la resolución del problema de la psiquiatría en la Argentina. Sin embargo, se crearon nuevas instituciones de asistencia social de grupos vulnerables que fueron paralelas a las ofertas de los primeros servicios de internación psiquiátrica privada: los Institutos Frenopáticos. Mientras los locos pobres tenían que ir a las instituciones públicas abandonadas, los que contaban con recursos económicos podían acceder a lugares de mayor confort y comodidad.

Los movimientos institucionales del siglo XX resultan, como lo señala E. Galende, de los modos históricos en que los problemas de Salud Mental se han planteado y fueron abordados (Galende, 1990), tanto por motivos teóricos, políticos y prácticos. Esto ¿qué quiere decir? Que es a partir de mediados del siglo XX, con el auge y reconocimiento de los derechos humanos y sociales como efecto de la Segunda Guerra Mundial, comienzan a instalarse estas cuestiones frente a la dificultad de la psiquiatría para dar respuesta a los nuevos problemas que se le presentaban y, además, por el cuestionamiento surgido en la sociedad respecto de estas instituciones que el nazismo ayudó a develar; es decir, las relaciones de poder que se producen en las instituciones asilares, similares en algún punto a las de los campos de exterminio. Por eso, hay que partir de la idea de que estos movimientos institucionales no son una continuidad de la psiquiatría en la llamada Salud Mental ya que es el momento en el que se comienza a producir el pasaje de la psiquiatría positivista a las políticas en salud mental, como políticas dirigidas a un sector de las problemáticas humanas. (Galende, 1990) Es en este contexto donde deberían tener plena vigencia los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales que los organismos internacionales han promovido desde 1948 y que nuestro país ha incorporado al rango constitucional desde la reforma de la Constitución Nacional en 1994. De allí que, a partir de la incorporación de estos Pactos y Tratados Internacionales sobre Derechos, se agudice la crítica al modelo de atención custodial. Tal como lo señala Kraut (2006), que en 1990, en la Declaración de Caracas, se exhortó a los Ministerios de Salud y de Justicia, a los parlamentos, los sistemas de Seguridad Social y otros prestadores de servicios, las organizaciones profesionales, las asociaciones de usuarios, universidades y a los medios de comunicación de cada Estado, a que apoyen la reestructuración de la atención psiquiátrica, asegurando así su exitoso desarrollo para el beneficio de las poblaciones de la región. En dicha Declaración, resultado de la Conferencia impulsada por la Organización Panamericana de la Salud, se reconocieron los derechos de las personas con discapacidades mentales a partir de considerar que la atención



psiquiátrica convencional no permite alcanzar los objetivos compatibles con una atención comunitaria, descentralizada, participativa, integral, continua y preventiva. (González Uzcátegui y Levav, 1991)

En la Argentina, las organizaciones mutuales habían pasado en las décadas del 20 al 40, del agrupamiento por nacionalidad de origen, al ordenamiento por rama de la producción, vinculadas a las respectivas organizaciones gremiales. Esas organizaciones mutuales, formadas por los sindicatos sobre bases de asociación voluntaria, habían sido alentadas desde el poder político, durante el período 1945-55. Por ese motivo, paulatinamente fueron transitando desde la voluntariedad a la obligatoriedad, a través de Convenios Colectivos de Trabajo. De tal modo que, hacia fines de la década del '50, crecía la expectativa de que constituyeran la base institucional de un sistema integral de Seguridad Social. Aunque habían sido creadas con objetivos amplios de ayuda social (consultorios propios, proveedurías, colonias de vacaciones, campos de esparcimiento, planes de vivienda), a partir de ese momento la política gubernamental les asignará como misión nuclear, financiar atención médica bajo la denominación genérica de Obras Sociales.

Desde la década del '40 se afianzó el Estado de Bienestar en la Argentina, de característica populista, mediante el surgimiento y consolidación del peronismo. La creación desde el estado de organizaciones burocráticas sindicales que comienzan a administrar las recién nacidas obras sociales, desembocó, para Carpintero (2011), en la alianza de este nuevo actor del campo de la salud con los psiquiatras manicomiales en su defensa del dispositivo asilar. El ministro de salud desde 1946 a 1952 fue el neurólogo Ramón Carrillo. En salud mental intentó dar soluciones materiales a problemas tales como la falta de capacidad hospitalaria y de coordinación entre distintas jurisdicciones responsables del tratamiento de la locura. Así se reformaron e inauguraron nuevos lugares de atención, tales como los nuevos Hospicios construidos por pabellones. En el ámbito de la psiquiatría fue controvertido. Por un lado encontró apoyos en los psiquiatras nacionalistas de los Hospitales y Colonias, especialmente en el Hospicio de Hombres. Estos, junto con los burócratas sindicales, fueron los que echaron a Enrique Pichón Rivière del hospital acusándolo de “comunista” y de “promover la homosexualidad” por haber comenzado a implementar grupos terapéuticos con los pacientes. Pero el gremio médico y la mayor parte de los psiquiatras ligados al Higienismo no apoyaron las reformas de Carrillo. Para el autor, en esos años del gobierno peronista el deterioro de la situación en los manicomios se mantuvo.

En nuestro país, a mediados de la década del '50 las tareas por realizar eran enormes debido a las condiciones desastrosas de los hospicios. Durante el año 1957, en la Argentina, con la imposición del desarrollismo como estrategia económica, política y social en el período del gobierno de Frondizi y durante la dictadura de Onganía se producen tres hechos determinantes para reafirmar en nuestro país el “campo de la salud mental”:

- 1º) se crea el Instituto Nacional de Salud Mental.
- 2º) el Dr. Mauricio Goldemberg funda el primer servicio de psicopatología en el Hospital General de Lanús, es decir, fuera de un hospital psiquiátrico

3°) se crea la carrera de Psicología en la Facultad de Filosofía y Letras de la UBA. Ya no era solamente el psiquiatra el único responsable de la salud mental, también aparecieron otros actores, en especial los psicólogos que, a pesar de tener severamente limitada la práctica clínica, fueron ganando importantes espacios en los hospitales y centros de salud mental, aunque en muchos casos debían trabajar gratis. Las conceptualizaciones del Psicoanálisis, la sociología, la antropología, la psicología institucional y la psiquiatría comunitaria comenzaron a interesarse por la realidad de las instituciones manicomiales con una mirada crítica que ponía el acento en la necesidad de desplegar prácticas comunitarias y preventivo-asistenciales. Durante estos años se crearon las primeras residencias de salud mental, las salas de internación en hospitales generales, los hospitales de día y las comunidades terapéuticas. A la vez se difundieron los abordajes terapéuticos que mostraban los beneficios potenciales de extender los límites del Psicoanálisis: los tratamientos grupales, familiares e institucionales, el psicodrama, la psicología social y el Psicoanálisis de niños.

Sin embargo, la estructura manicomial siguió vigente apoyada por los diferentes poderes políticos que atraviesan las décadas del '60 y '70 los cuales prohibieron y reprimieron algunas experiencias. Las reformas de esta época han quedado como el testimonio de experiencias parciales que no fueron integradas a un plan Nacional de Salud Mental.

La dictadura cívico-militar de 1976 instala finalmente el Terrorismo de Estado. Se destruyen los servicios de salud mental ya que las instituciones fueron intervenidas por una burocracia cívico-militar en el marco de un proyecto abocado a llevar adelante la Doctrina de Seguridad Nacional. En este momento empieza a afianzarse una política privatista decidida en el campo de la salud. Es decir, si hasta ahora el Estado se había desentendido de la Salud Mental, empiezan a tomar poder los grupos privados para poner el campo de la Salud Mental al servicio de sus intereses económicos.

Cuando a principios de los ochenta se inicia el período de transición democrática, se intenta generar una política en Salud Mental para recuperar los espacios destruidos por la dictadura. Desde la perspectiva de la Atención Primaria en Salud se realizan experiencias como la del Plan Piloto de Salud Mental y Social (La Boca-Barracas), que se agotan rápidamente por la falta de un presupuesto adecuado y una decisión política para continuarlas. Nuevamente se comienza con planes pilotos que finalizan al breve tiempo por no contar con un apoyo del Estado. En tal sentido, Enrique Carpintero (2011) enfatiza que la historia de nuestro país es la historia de planes pilotos y la continuidad de los manicomios desde fines del siglo XIX. El mayor logro, en esta época, fue la reforma antimanicomial realizada en la Provincia de Río Negro.

Finalmente, en los '90 se reafirma una política neoliberal capitalista regida por la desregulación, la privatización y la competencia. La salud queda principalmente en manos del mercado. Es decir, los grandes laboratorios y empresas de medicina. Como señala Maitena María Fidalgo (2008): "El panorama general del sector salud muestra una aguda crisis de seguridad social, desprestigiada y desfinanciada; un sector público que mantiene un presupuesto estable ante una demanda cada vez mayor; un sector privado que atiende las necesidades de los sectores con determinado poder

adquisitivo, fragmentando, y diferenciando planes de salud de acuerdo a la capacidad de pago. Así, el ámbito sanitario se consolidó como un mercado más, radicalizándose la puja distributiva que se registraba desde hacía décadas”. (p.34) Su consecuencia es una derechización de la gestión de las crisis sociales que modificará las reglas de juego en el campo de las políticas sanitarias. El Estado desaparece en su función social de atender la salud pública para servir a los intereses privados. De esta manera, se produce el desmantelamiento de las instituciones públicas ya que la salud queda en manos de la iniciativa privada cuyo eje ordenador es la relación costos-beneficios. El proceso de globalización capitalista trae aparejado la exclusión y desafiliación de amplios sectores de la población que quedan así desplazadas a los márgenes de la sociedad.

### **La salud Pública como paradigma del sistema sanitario argentino**

Si hablamos de salud pública tendemos a compararla en contraposición a la salud privada. Mientras la pública está en manos del Estado y supuestamente sirve a los intereses del conjunto de la población, la privada responde a las leyes de costo-beneficio donde sólo pueden acceder a sus servicios aquellos que pueden pagarla. Si bien este planteo es básicamente correcto como nos plantea Enrique Carpintero en su libro *La subjetividad asediada...* (2011) debemos tener en cuenta que el estado no es neutral ya que responde a determinados intereses políticos y económicos desde el cual privatiza a la salud pública en su beneficio. Cuando hablamos de sector privado debemos destacar que ya no está constituido por los consultorios y las pequeñas empresas médicas. Ahora es hegemonizado por las grandes empresas que realizan su inversión en salud bajo la expectativa de la ganancia económica. Los principios de su participación en salud son ajenos a las ideas de lo comunitario y a la prevención de riesgos.

Para la perspectiva liberal conservadora o progresista, lo público es sinónimo de intervención del Estado. En ambas se mantiene la consideración de lo privado de la salud, reservándose la intervención de lo público para aquellos individuos o grupos que no pueden valerse por sus propios medios. El Estado debe ocuparse de las medidas preventivas para grupos marginados y de administrar instituciones para los que no tienen dinero. El resto de las prácticas en salud quedan en manos del mercado. (Carpintero, 2011)

En Argentina, en el Plan Federal de Salud 2004-2007 estructurado en función de la Atención Primaria de la Salud, el Ministerio de Salud de la República Argentina plantea a la Salud Mental como una de las áreas importantes sobre las cuales es necesario implementar acciones específicas; pero denuncia a la vez “la ausencia de información para establecer líneas de base en algunos de los principales problemas de salud y factores de riesgo en la Argentina” (Consejo Federal de Salud, 2004, p. 27). De esta manera y en función a la importancia de atender este campo que cobra cada vez mayor relevancia, se recrudece la implementación de programas y planes en el campo de la salud mental desde la llamada Atención Primaria.

Cierta aproximación a las propuestas teóricas sobre Atención Primaria permite pensar que no existe actualmente una definición unívoca sobre el término. Hay

distintas acepciones, condicionadas por los diferentes enfoques teóricos propios de las disciplinas de la salud que lo implementan. Desde cierta perspectiva, se piensa entonces, el trabajo en este nivel de atención como llevado a cabo por distintos profesionales que trabajan las problemáticas de salud desde equipos interdisciplinarios, siendo su objetivo la atención integral de las problemáticas que la comunidad y los sujetos que la componen presentan. Sin embargo, se configura una diferenciación de la prevención de la atención en salud basada en tres niveles: primaria, secundaria y terciaria. La Atención Primaria de la Salud tiene como objetivo la promoción y protección de la salud de la población, una forma de anticiparse a la enfermedad desde acciones preventivas. Entre ellas se encuentran la Educación de la Salud, las Inmunizaciones y el Saneamiento Ambiental. Se realiza esencialmente en los Centros de Salud del Área Programática y los Servicios de Promoción y Protección de la Salud de los hospitales públicos. Constituye el primer nivel de atención de la salud. La Atención Secundaria de la Salud, esta representada por la asistencia ambulatoria de enfermos en Consultorios Externos, hasta los casos que necesitan internación clínica y/o quirúrgica de patologías comunes. Constituye el segundo nivel de atención de la salud. La Atención Terciaria de la Salud, es el nivel de máxima complejidad médica, ya sea por la patología que presentan los pacientes como de los recursos técnicos de diagnóstico y tratamiento necesarios. Son pacientes que están internados en Unidades de Terapia Intensiva y/o Unidad Coronaria, como otros servicios como Neurocirugía. Constituye el tercer nivel de atención de la salud.

En este sentido es que la Atención Primaria de la salud (APS) es una estrategia definida en la conferencia de Alma Ata en 1978, donde se estableció un avance para superar los modelos biomédicos, centrados en la enfermedad que privilegian servicios curativos, caros, basados en establecimientos de segundo y tercer nivel por modelos basados en la promoción de salud y preventivos de la enfermedad a costos razonables para la población. Es allí que la Atención Primaria de la Salud fue definida como: “la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación”. (OMS, 1978)

Analizando el concepto de APS, Yamila Comes afirma que “(...) los organismos internacionales sólo postulan definiciones amplias y muchas veces difusas. La forma en que cada gobierno interpreta lo que es la Atención Primaria de la Salud hace al modelo de Salud Pública en el cual se inscribe”. (Stolkiner, 1999) Otros autores piensan el trabajo en Atención Primaria desde una óptica distinta. Uno de los criterios, es la igualdad en la calidad de atención (Galende, 1990); lo que supone pensar que el trabajo en este nivel de atención no es solo “la puerta de entrada al sistema de salud ni es la medicina para los pobres” (Galende, 1990, p. 222) sino que supone asegurar la cobertura en salud a todos los ciudadanos del territorio sin importar su clase social. Se trata de que la cobertura sea para todos. Esta aproximación a las propuestas teóricas sobre Atención Primaria permite pensar que hay distintas acepciones, condicionadas por los diferentes enfoques teóricos propios de las disciplinas de la salud que lo implementan.

Por consiguiente, podemos reconocer que cada época tiene una forma particular de producción de padecimientos y de responder ante ellos también. Siguiendo esta idea, Galende (1992) plantea, como hipótesis, que en las actuales condiciones es esperable un crecimiento de lo que se engloba bajo la denominación de patologías narcisistas: trastornos del carácter, perversiones, enfermedades funcionales, padecimientos psicosomáticos y adicciones, así como un incremento de la violencia familiar y los suicidios. Conjuntamente con el aumento de las depresiones de diversa índole. No obstante, algunos de estos problemas ya eran relevantes con anterioridad y su aparente aumento en términos relativos, puede provenir de su salida de un espacio de invisibilidad social. El ejemplo más claro es el del maltrato a la mujer, no se puede evaluar su incremento por el de la demanda de asistencia. Como indicador epidemiológico, la demanda es de poco valor dado que hasta hace unos años no existían servicios que brindaran asistencia a este problema y se lo ubicaba consensualmente en la esfera de lo íntimo, no trascendiendo del espacio doméstico. Quizás las modificaciones de representaciones de género y de situación de la mujer tienden a facilitar su corrimiento de la esfera doméstica e íntima y favorecer la aparición del mismo en la esfera pública. Quizás uno de los efectos de la crisis sea transparentar situaciones, desinvisibilizar procesos y desafiar a revisiones teóricas a fin de ajustar las herramientas a las problemáticas. Probablemente haya que pensar en nuevas categorizaciones en función de las nuevas formas de producción de padecimiento. En estas nuevas categorizaciones no puede quedar afuera, también, el malestar difuso (y eventualmente asintomático) de la crisis de las instituciones. (Galende, 1992)

### **Identidad: profesión y disciplina**

Sabemos que las carreras de psicología en Argentina nacieron en la década del '50 y en universidades públicas, en tiempos de renovación social, cultural y educativa, favorables para la emergencia de nuevas profesiones. La primera fue creada en 1955 en la Universidad Nacional de Rosario (UNR). Las siguientes abrieron sus puertas en la Universidad de Buenos Aires (UBA) en 1957, en las universidades nacionales de Córdoba (UNC), de La Plata (UNLP) y de Cuyo (en San Luis) en 1958, y en la Universidad Nacional de Tucumán (UNT) en 1959. Más tarde, en 1966, se abrió la de la Universidad Nacional de Mar del Plata (UNMP). (Courel & Talak, 2001)

La transformación social y cultural que se produjo a partir de la segunda mitad de los '50, luego de la caída del peronismo, implicó renovaciones de la formación universitaria, que trataba de ponerse a tono con los desarrollos que se habían producido en Europa y Estados Unidos durante la segunda posguerra. Las ciencias sociales pasaron a primer plano, y la psicología fue incorporada a los currículos junto a otras disciplinas como la sociología y la antropología. Así, para 1959 ya había en el país seis carreras mayores de psicología en universidades estatales

Una de las posibilidades para explicar la constitución de una identidad profesional, es analizar el contexto de la generación que encarna su génesis. Otra es considerar las cronologías para revisar cómo el orden de los nacimientos se relaciona con el curso de los acontecimientos, cómo se determinan linajes y relaciones de



sucesión. (Uresti, 2002) Entonces, el objeto de análisis es una cohorte, con manifestaciones que expresan en ciertas condiciones y propiedades, experiencias compartidas, acontecimientos, contenidos y vivencias emparentados. Los individuos que la componen co-participan de objetivos afines, manifestaciones colectivas de las voluntades individuales, producciones y prácticas que van absorbiendo las convicciones de su tiempo.

Las profesiones y sus reglamentaciones legales son entidades aglutinantes y complejas. Adquieren su condición de tales a partir de una formación prolongada y acreditada, del juicio de pares, de la valoración social y de la inserción en el mercado de trabajo (González Leandri; 1999). Son evaluadas desde la aptitud para desempeñarse en un campo específico del conocimiento y por la posibilidad de intervenir sobre la realidad. En el caso de la profesión de psicólogo, inexistente con graduados nativos hasta los años '60, "la inserción profesional no era clara (...) era un poco un intento, sin saber muy bien lo que iba a pasar a nivel profesional (...) No estaban desarrollados como lo están ahora los equipos donde se incluyen todos los profesionales de la Salud Mental". (Langleib, 1983)

En este contexto deben considerarse algunos hechos que atentaron contra su posibilidad consolidación y delimitación. Por una parte, la dificultad para acotar la exclusividad del contenido que abordaría, que ya era trabajado por otros profesionales, como psiquiatras y psicoanalistas. Por otra, la consideración del enfoque de la enseñanza en los momentos iniciales de formación, resultado de haber ubicado a la Carrera de Psicología en la Facultad de Filosofía y Letras - de reconocido corte académico - frente a, por ejemplo, la Facultad de Medicina - de definido corte profesional - que se seguía reservando el contenido y la transmisión tanto de la psicología como del psicoanálisis para la formación de psiquiatras y en cursos no formales para graduados y estudiantes. (Malfé, 1969) La carrera creada en 1957, que otorgaba el título de Licenciado, ponía en tensión tradiciones institucionales de enseñanza y expectativas de los alumnos, que fueron mutando con el tiempo.

A ellos originariamente les inquietaban por lo menos dos cosas: o no sabían qué serían una vez graduados, o sabían que querrían dedicarse a algo para lo que no estarían habilitados, que era, en muchos casos, el ejercicio de la psicoterapia. Además, una profesión, para ser considerada tal, debe tener establecido cómo se organiza internamente a partir de los conocimientos con los que opera, la forma en que mantiene su autonomía respecto de otras y de los modos en que controla y dirige la actividad que desarrolla. Ninguna de estas condiciones se cumplían exhaustivamente para la de los psicólogos a comienzos de los '60.

Si se reconoce que la identidad profesional se conforma a partir de los modelos con los que identifican los aprendices, y que los psicólogos estaban siendo formados por médicos u otros profesionales, se puede anticipar que estos formadores no funcionarían con claridad como referentes para la construcción de una frontera que actuara como límite y como legitimador social y académico, como "vigilante" de las actividades de otros grupos, como regulador de la oferta de trabajo. También la profesionalización es una forma de búsqueda de prestigio colectivo paralela a la formalización, especialización y apropiación de un saber. (Gómez Campo & Tenti Fanfanni; 1989) El hecho de tratarse de un campo disciplinario compartido con



profesionales de otras formaciones, complicaba la determinación respecto de quiénes constituirían el grupo de los acreditados para operar con ese saber. En este sentido, los primeros psicólogos debieron participar simultáneamente de dos procesos: el que los ubicó como graduados de una carrera mayor y el que les dio visibilidad y legitimidad social, buscando la forma de instalarse en un campo ya ocupado por otros, que anteriormente fueron habilitados para ejercer lo que ellos también querían hacer. Debieron batallar entre su condición de emergentes históricos y de opositores a estrategias preestablecidas de operación dentro de una disciplina. Compartieron con otros universitarios la idea de operar sobre organizaciones sociales, organismos de conducción en áreas básicas como salud y educación, con el objetivo de promover cohesión social, e impulsar procesos de funcionamiento democrático de la sociedad. En nuestro país, (al menos en la Universidad de Buenos Aires) parece claro que la psicología perdía contacto con ese horizonte externo, carecía de figuras relevantes y quedaba reducida a una enseñanza rutinaria, a la incorporación "técnica" de lo que se llamaba "psicología médica" (que abrió el campo de las psicoterapias médicas) y a un perfil técnico centrado en procedimientos auxiliares, los tests mentales, en el campo de la educación y la orientación profesional. Si el I Congreso Nacional de Psicología, de 1954 puso en evidencia un interés bastante amplio por la disciplina, la inspección de los participantes locales alcanza para ver que se trataba de una confluencia en la que coincidían representantes de disciplinas ya constituidas (la filosofía, la pedagogía, la psiquiatría médica y algunos psicoanalistas) y que, en todo caso, concebían la creación de una carrera universitaria de psicología como una prolongación de lo existente. En todo caso, queda pendiente la investigación del impacto inmediato de ese Ier Congreso en dirección a la efectiva creación de las carreras y, sobre todo, a la definición de un perfil autónomo para la disciplina. Pero en el caso de la Universidad de Buenos Aires, en esos primeros años, no hay señales claras de que se esté propugnando el nacimiento de una disciplina nueva y con un perfil profesional definido.

El "campo psi", hasta el egreso de los primeros psicólogos universitarios, estaba habitado por médicos psiquiatras y psicoanalistas que se consideraban - y de hecho lo estaban - habilitados para actuar en el terreno de la Salud Mental y aspiraban a hacerlo. Para insertarse debieron enfrentar a quienes ya estaban instalados en él, así como a algunas manifestaciones de hostilidad y se avinieron participar de negociaciones no siempre beneficiosas. A algunos psiquiatras les preocupó mantener distancia respecto de los psicólogos. Otros les encontraron lugares de inserción en sus servicios. Mientras tanto, entre psiquiatras y psicoanalistas también se tramitaban diferencias. No disputaban los mismos espacios, miraban desde perspectivas diferentes al campo teórico y laboral, sobre todo a partir de la creación del Instituto Nacional de Salud Mental en 1956.

En este momento de la historia en Argentina surge la legislación nacional que proponía diversas limitaciones a la actividad de los psicólogos para de esta manera delimitar las implicancias que tuvo en la práctica y en la identidad profesional. Entre estas limitaciones estaba claramente especificado el puesto auxiliar que ocupaba el psicólogo respecto del psiquiatra. Veremos cómo a sólo dos meses de haberse producido el Congreso de Psicología en Tucumán, el 12 de mayo de 1954 se firma la

Resolución N° 2282, durante el gobierno peronista, comúnmente conocida bajo el nombre de Resolución Carrillo, que otorgaba las facultad del ejercicio de la Psicoterapia y el Psicoanálisis a los profesionales médicos, concretando legislativamente a favor de los médicos en lo concerniente al campo psicológico. De esta manera, vemos que la creación de las carreras de Psicología en Argentina genera un fuerte desafío y un gran interrogante. Para incluirse en el campo "psi" los nuevos pretendientes debían librar dos batallas: la de autorización para ingresar y la de consolidar una cultura propia a partir de antecedentes de otras profesiones sobre el mismo campo.

El título de la resolución era Aprobación del Reglamento para ejercer la Psicoterapia y el Psicoanálisis y decía en sus considerandos:

“Considerando: que la Ley 12.912 de ejercicio de la medicina ha previsto solamente los casos generales; que, por sus características especiales, el ejercicio de algunas especialidades médicas, tanto por los profesionales como por los auxiliares técnicos, requiere aclaraciones para evitar que unos y otros se extralimiten en sus funciones, como ha ocurrido en la práctica; que, desde este punto de vista, la Psicoterapia en general y el Psicoanálisis en particular ofrecen aspectos aún no reglamentados: que es función y deber de este Ministerio controlar los aspectos deontológicos y legales del acto médico.

Art. 1- Aprobar el siguiente reglamento para el ejercicio de la Psicoterapia y el Psicoanálisis:

Título I- De las personas que pueden ejercer la Psicoterapia y el Psicoanálisis. Declarar expresamente que, siendo la psicoterapia un procedimiento terapéutico total o predominantemente sugestivo, su ejercicio está comprendido dentro de lo previsto por el Art.2 de la Ley 12.912, en la parte que se refiere al ejercicio de la medicina.

Art.2- Por lo tanto, sólo podrán ejercerla por sí, integran y directamente, las personas que estén comprendidas en el Art.4 de la citada ley.

Art.3- Los auxiliares técnicos biotipólogos, visitantes sociales, auxiliares de higiene mental o social o asistentes sociales, diplomados por este Ministerio o Universidad nacional, podrán colaborar con los médicos o autoridades competentes, en su consultorio o en establecimientos oficiales o privados tales como clínicas, sanatorios, escuelas para niños anormales, clínicas de conducta y otros similares. (...)

Art.8- Los títulos o certificados extendidos por sociedades psicológicas o psicoanalíticas, centros docentes o instituciones científicas particulares, sólo tendrán validez honorífica y en ningún caso habilitarán para el ejercicio de las respectivas especialidades”.

La Resolución 2282 se mantuvo vigente hasta 1967, estableciendo que la Psicoterapia como procedimiento sugestivo, debía estar en manos de profesionales de la Medicina. Fue reemplazada por la ley 17132 que colocó al ejercicio de la Psicología y

de la Odontología como actividades de colaboración, reglamentándolas junto con las de terapeutas ocupacionales, auxiliares de radiología, kinesiólogos, mecánicos para dentistas, dietistas, auxiliares de anestesia, auxiliares de psiquiatría y técnicos en calzado ortopédico, entre otras (Falcone, 1997). Mientras esto sucedía y se debatía en la Universidad y en los organismos corporativos, los psicólogos trabajaban en el campo de la Salud Mental, batallando con rebeldía por mantenerse en él y sostener el rol profesional (Harari & Musso, 1970). Pertenecer y permanecer era considerado un verdadero desafío, implicaba transgredir las leyes, negociar y al mismo tiempo comprometerse en la preservación de lo acumulado como profesión en el corto tiempo de existencia.

Como hito importante que debemos señalar, recién el 27 de septiembre de 1985 era aprobada la ley 23.277, más conocida como “ley del psicólogo”. Allí se establecían ámbitos y condiciones de aplicación así como derechos, obligaciones y prohibiciones en el ejercicio de la psicología en Capital Federal y territorios nacionales. Ahora bien, esa legislación tenía como antecedente la ley 17.132. Más precisamente, la legislación de 1985 derogaba los artículos 9 y 91 de la ley del 30 de agosto de 1967, que a su vez proponía diversas limitaciones a la actividad de los psicólogos. Entre estas limitaciones estaba claramente especificado el puesto auxiliar que ocupaba el psicólogo respecto del psiquiatra. En este sentido esta regulación de 1967, como se ha mencionado previamente, estaba antecedida por la conocida “ley Carrillo”, que era en realidad la resolución n° 2282 del Ministerio de Salud Pública, emitida el 12 de mayo de 1954. Más precisamente, la ley 17.132 no hacía más que precisar y profundizar lo que estipulaba aquella resolución.

En 1985 se produjeron tres hechos de decisiva trascendencia profesional:

- Se promulgó la ley 23.277, que reconoce y habilita la práctica psicológica.
- Se elevó a rango de Facultad la carrera de Psicología de la U.B.A.
- Se aprobaron las incumbencias del Título de Licenciado en Psicología, incluyendo todas las áreas para las que está capacitado el egresado. (Falcone, 2009)

El jueves 12 de septiembre de 1985, la Ley del Ejercicio Profesional de la Psicología obtiene la media sanción en la Cámara de Diputados y obtuvo su sanción definitiva el 27 de setiembre de 1985, bajo el número 23.277. Fue promulgada de hecho el 6 de noviembre de 1985 y publicada en el Boletín Oficial número 25.806, con fecha 11 de noviembre de 1985. (Falcone, 2009) A continuación transcribo extractos de la mencionada ley:

#### Título I- Del ejercicio profesional. Ámbito y autoridad de aplicación.

Art.1- El ejercicio de la psicología, como actividad profesional independiente en la Capital Federal, Territorio Nacional de la Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur, quedará sujeta a las disposiciones de la presente ley. El control del ejercicio de la profesión y el gobierno de la matrícula respectiva se realizará por la Secretaría de Salud, dependiente del Ministerio de Salud y Acción Social, en las condiciones que se establezcan en la correspondiente reglamentación.

Art.2- Se considera ejercicio profesional de la psicología, a los efectos de la presente ley, la aplicación y/o indicación de teorías, métodos, recursos, procedimientos y técnicas específicas en: a) El diagnóstico, pronóstico y tratamiento de la personalidad y la recuperación, conservación y prevención de la salud mental de las personas. b) La enseñanza y la investigación. c) El desempeño de cargos, funciones, comisiones o empleos por designaciones de autoridades públicas, incluso nombramientos judiciales. d) La emisión, evacuación, expedición, presentación de certificaciones, consultas, asesoramiento, estudios, consejos, informes, dictámenes y peritajes.

Art.3- El psicólogo podrá ejercer su actividad autónoma en forma individual y/o integrando equipos interdisciplinarios, en forma privada o en instituciones públicas o privadas que requieran sus servicios. En ambos casos podrá hacerlo a requerimiento de especialistas en otras disciplinas o de personas que voluntariamente soliciten su asistencia profesional.

En cuanto a las prohibiciones e inhibiciones en ésta ley fueron quedando pocas:

Título III- Inhabilidades e incompatibilidades. Art.6- No podrán ejercer la profesión:

- 1- Los condenados por delitos contra las personas y el honor, la libertad, la salud pública o la fe pública, hasta el transcurso de un tiempo igual al de la condena, que en ningún caso podrá ser menor de dos años.
- 2- Los que padezcan enfermedades psíquicas graves y/o infecto-contagiosas mientras dure el periodo de contagio.

Título IV- De los derechos y obligaciones.

Art.7- Los profesionales que ejerzan la psicología podrán:

- 1- Certificar las prestaciones de servicios que efectúen, así como también las conclusiones de diagnósticos referentes a los estados psíquicos de las personas en consulta.
- 2- Efectuar interconsultas y/o derivaciones a otros profesionales de la salud cuando la naturaleza del problema así lo requiera.
- 3- Prestar la colaboración que le sea requerida por las autoridades sanitarias en caso de emergencias.
- 4- Guardar el más riguroso secreto profesional sobre cualquier prescripción o acto que realice en cumplimiento de sus tareas específicas, así como de los datos o hechos que se les comunicare en razón de su actividad profesional sobre aspectos físicos, psicológicos o ideológicos de las personas.

Título V- De las prohibiciones

Art. 9- Queda prohibido a los profesionales que ejerzan la Psicología:

1. Prescribir, administrar o aplicar medicamentos, electricidad o cualquier otro medio físico y/o químico destinado al tratamiento de pacientes.

2. Participar honorarios entre psicólogos o con cualquier otro profesional, sin perjuicio del derecho a presentar honorarios en conjunto por el trabajo realizado en equipo.
3. Anunciar o hacer anunciar actividad profesional como psicólogo publicando falsos éxitos terapéuticos, estadísticas ficticias, datos inexactos; prometer resultados en la curación o cualquier otro engaño.

Art.10- Deróganse los arts.9 y 91 de la norma de facto 17.132, y toda otra disposición que se oponga a la presente ley.

Hasta aquí hemos trazado en algunas pinceladas la historia de la Salud Mental Argentina hasta llegar a la coyuntura actual. Es en este escenario en el que verá la luz la Ley Nacional de Salud Mental a continuación como situación problemática a nivel de lo que política pública se trata.

### **Discusión y conclusión**

La Psicología, en nuestro país, se fue haciendo profesión al mismo tiempo que se hacían los profesionales que de ella se ocuparían. Una profesión puede ser pensada como una forma de organización social y del conocimiento y un profesional será quien forma parte de esa organización por derecho adquirido a través de una formación prolongada y sistemática, un entrenamiento constante, por la validación por parte de pares experimentados y por las posibilidades de incluirse en el mercado de trabajo. Profesión y profesionales adquieren monopolio sobre un recorte del saber, sobre un conjunto de actividades y sobre la formación de sucesores por identificación con sus precedentes. Para el caso de la psicología como profesión estas condiciones fueron resultado de una construcción compleja y paralela. El recorte del saber disciplinario podría considerarse preexistente, pero en manos de otros profesionales. Otros tanto sucedía con las actividades.

Es así que nos encontramos con la Ley Nacional de Salud Mental N° 26627, sancionada el 25 de noviembre de 2010 y promulgada en diciembre del mismo año, y es a partir de ésta que se genera un marco de referencia en el cambio de las viejas prácticas socio-sanitarias y de internación propias del siglo XIX. Por otra parte, en dicha Ley, el artículo 3° reconoce a la Salud Mental “como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona.” (Ley Argentina de Salud Mental, 2010, p. 9) Se puede ver como la concepción teórica que subyace a las prácticas de Atención Primaria de la Salud Mental, descansa en una dimensión bio-psico-social, en donde lo psíquico aparece como paralelo al organismo que sufre las consecuencias del ambiente o los factores externos y los factores biológicos. La Ley Nacional de Salud Mental ha instalado un indispensable debate público respecto de la protección de los derechos cívicos, sociales y culturales en la atención de los enfermos mentales. Además de su relevante dimensión simbólica, la ley expresa una decidida voluntad social por transformar un campo de prácticas que, surcado por tensiones políticas de muy diverso tipo, se ha planteado altamente refractaria al cambio y en el

cual se ha naturalizado históricamente la violación de los derechos humanos de las personas asistidas. Una de las cuestiones que ha favorecido el nuevo paradigma en salud mental se vincula a la revisión de los tradicionales supuestos de la ética aplicada a la salud a partir de la emergencia de una perspectiva fundada en los principios de la autonomía, la dignidad y la equidad social.

Para Carpintero (2011), el contexto político que posibilita la sanción y promulgación de la ley es justamente el del avance de la globalización de la economía de mercado. En tal sentido, el autor señala que los elevados costos de internación de los grandes manicomios serían el impulsor primordial de las recomendaciones de los organismos internacionales como la OMS o la OPS relativas a la desinstitucionalización de la salud mental. La Ley de Derecho a la Protección de la Salud Mental es la primera norma legal que da un marco nacional a las políticas en el área. Como señalan Ana Hermosilla y Rocío Cataldo, “inaugura un período de cambios, de revisión de prácticas y concepciones que, hasta el momento, han sustentado la atención de aquellas personas con padecimiento mental”. (2012, p. 134) Entre las principales innovaciones, se encuentran:

- El acento puesto en la interdisciplina, la cual debe caracterizar las prácticas de los equipos. Se equipara a los miembros de los mismos en relación a la toma de decisiones y a la posibilidad de ocupar cargos de gestión y dirección de servicios. Incluso los tratamientos psicofarmacológicos se prevén en el marco de abordajes interdisciplinarios.
- Se establece la orientación comunitaria, el trabajo intersectorial y el requerimiento del consentimiento informado para la atención de los pacientes.
- Disposiciones en relación a las internaciones: se convierten en el último recurso terapéutico, de carácter restrictivo. Por lo tanto, el proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario. En relación al tema internaciones, se prohíbe la creación de nuevos manicomios. A su vez los existentes deben adaptarse para seguir los principios que plantea la Ley, hasta su sustitución definitiva por los dispositivos alternativos: casas de convivencia, hospitales de día, cooperativas de trabajo, centros de capacitación socio-laboral, emprendimientos sociales, hogares y familias sustitutas. (art. 14, Ley Nacional de Salud Mental, 2010)
- En referencia al impacto en el derecho argentino, modifica el Código Civil al eliminar el concepto de peligrosidad y sustituirlo por el de peligro cierto e inminente como criterio de internación involuntaria. (Carpintero, 2011)

Las principales críticas formuladas a la Ley de Salud Mental han apuntado a la preparación académica de quienes dispongan las internaciones y externaciones, a la imprecisión en la definición del objeto, al riesgo de un cierre definitivo y prematuro de las instituciones monovalentes, a la viabilidad de la ley y a la interdisciplina como práctica cenagosa de escasa factibilidad. Por el contrario, en relación con las críticas válidas, cabe decir que ponen sobre el tapete el problema (y desafío) de delimitar una formación profesional que permita establecer una incumbencia precisa y consistente en cada caso, el problema de los recursos presupuestarios que tornen operativa la ley y la cuestión de la importancia de la especificidad clínica en lo que atañe a la definición del objeto de la Ley de Salud Mental.



Resulta importante subrayar una afirmación incluida en el artículo 3 de la Ley, dedicado a la definición de la Salud Mental. La afirmación a la que me refiero es la siguiente: “Se debe partir de la presunción de capacidad de todas las personas”. (Ley Nacional de Salud Mental, 2010) Esta idea es quizás el eje primordial de la Ley.

A pocos años de la formulación de la Estrategia y Plan de Acción sobre Salud Mental que los Ministros de Salud de las Américas aprobaron en la Asamblea de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) de agosto de 2009, y a 6 años de la promulgación de la Ley Nacional de Salud Mental, el campo de la Salud Mental en la Argentina cuenta hoy con una multiplicidad y heterogeneidad. Esto habla de que, si bien se ha avanzado respecto a la legislación y en cuanto a las intenciones de reformar la atención de aquellas personas con padecimiento subjetivo, hay carencias evidentes en el plano de la planificación, de la gestión y de la formulación de programas que optimicen, distribuyan y den coherencia al sistema. Además, hay muchas veces otra gran brecha, que pocos se animan a saltar. Esta es la que se abre entre la formulación de políticas de Salud Mental y las exigencias de una clínica que sustente las respuestas que los profesionales del campo ofrecen al sufrimiento subjetivo. Otro punto importante a situar es la relación compleja establecida con las políticas y prácticas de Atención Primaria de la Salud, esto es, la complejidad de las relaciones de quienes gestionan, trabajan, planifican en Salud Mental con los que lo hacen desde el campo de la Salud en general.

Observamos también que por la misma diversidad de disciplinas, prácticas y problemáticas que constituyen el dominio de la Salud Mental, se obliga a ensayar opciones de interdisciplinariedad y transdisciplinariedad tanto en cuanto a la hora de elaboración de estrategias, como cuando se trata de la creación de dispositivos alternativos a la ya perimida práctica de encierro manicomial.

Finalmente, la época en que vivimos ha modificado y ampliado el panorama de demandas al sistema de salud mental, lo que amerita desde el campo sanitario público el relevamiento de las nuevas problemáticas así como la producción de herramientas de trabajo para dar respuestas eficaces (las cuales se espera).

Y como hemos mencionado, es desde la perspectiva que venimos desarrollando, al poder político, ligado al proceso de mundialización capitalista, no le interesa seguir sosteniendo grandes estructuras manicomiales. Por ello los organismos internacionales como la OMS y la OPS recomiendan la desinstitucionalización de la Salud Mental. Es en este contexto que situamos la sanción por la Cámara de Senadores y Diputados de la Nación, de la Ley Nacional de Salud Mental N°26657. Ley que plantea en sus artículos algunas cuestiones cuya importancia implica una ruptura con el funcionamiento del orden manicomial en la Argentina y sostiene Derechos Humanos fundamentales de los pacientes.

Del recorrido sucinto realizado, nos interesa destacar cuatro cuestiones que consideramos importantes para el análisis de las iniciativas de desinstitucionalización motivadas a partir de la nueva ley de salud mental y su articulación con políticas sociales: 1. Existe una diversidad de antecedentes sobre reformas al sistema de atención de salud mental en Argentina (más particularmente en Ciudad de Buenos Aires y Provincia de Buenos Aires), en base a criterios compatibles con los que sostiene en la actualidad la nueva ley de salud mental; 2. Se han efectuado

experiencias pilotos de internación en salud mental a partir de la crítica al orden asilar; 3. En igual sentido, hubo varios episodios históricos que han denotado el intento por integrar horizontalmente las diversas disciplinas competentes en la atención de la salud mental, a partir de una definición alternativa a la psiquiatría tradicional 4. Existen antecedentes que procuran la explicación y el tratamiento de los problemas de la salud mental en función de características y problemáticas de tipo social, proponiendo la articulación entre las estrategias de salud y las políticas sociales.

Consideramos importante entonces analizar lo que ha sucedido en la historia de políticas públicas en salud mental porque aún cuando existe un extendido consenso en la comunidad científica respecto de la necesidad de dar a tales problemáticas una respuesta integral, compleja y centrada en la dimensión histórico-social, la orientación hegemónica en la formación de los recursos humanos y la práctica de los servicios sanitarios continúa siendo individualista, fragmentada, reduccionista y apartada de lo social. Como consecuencia de la primacía de este enfoque, a menudo los programas asistenciales se organizan según una lógica sectorial en las que prima la focalización de los destinatarios y la fragmentación de las acciones, lo cual se expresa directamente en la dificultad de coordinar objetivos, recursos y acciones entre áreas técnicas que responden a distintas dependencias del propio aparato del Estado. Esta fragmentación reproduce una lógica segmentada que dificulta la articulación de las prácticas que los profesionales desempeñan en cada una de las instituciones comprendidas en dichos programas y refuerza algunas limitaciones propias de las políticas públicas, entre las cuales cabe señalar la concepción acerca de los usuarios como receptores pasivos de la asistencia dispensada. (De Lellis, 2010)

Cabe señalar que el enfoque de la psicología, nuestra profesión, disciplina tradicionalmente excluida del conjunto de los saberes que han operado en el campo de la atención de la enfermedad, presenta indudables potencialidades para sumar su aporte desde una perspectiva que destaque el potencial salutogénico de los individuos y comunidades y no meramente acciones de asistencia o reparación de la enfermedad. Podemos situar este aporte en el marco de lo que actualmente se denomina como política pública saludable. De esta forma el objetivo central se constituye en analizar e historizar los obstáculos materiales y simbólicos, y los diferentes espacios de participación que limitaron, posibilitaron y/o garantizaron el derecho a una atención integral del cuidado de la salud mental.

## Referencias Bibliográficas

- Arriaga, M; Ceriani, L; Monópoli, V. (2013). *Políticas públicas en salud mental: de un paradigma tutelar a uno de derechos humanos*. Buenos Aires: Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación. Secretaría de Derechos Humanos.
- Carpintero, E. (2011). *La subjetividad asediada. La medicalización para domesticar al sujeto*. Buenos Aires: Editorial Topía.
- Consejo Federal de Salud. (2004). *Bases del Plan Federal de Salud 2004-2007*. Buenos Aires: Ministerio de Salud de La Nación.
- Courell, R & talak, A. (2001). La formación académica y profesional del psicólogo en Argentina, en *Problemas centrales para la formación académica y el entrenamiento profesional del psicólogo en las Américas* (pp. 21-83). Buenos Aires: Sociedad Interamericana de Psicología.

- De Lellis, M. (2010). Psicología y políticas públicas saludables. *Psiencia. Revista Latinoamericana de ciencia psicológica*. II (2).
- Falcone, R. (1997). Historia de una Ley, en Rossi, L. y otros (Comps.). *La Psicología antes de la profesión. El desafío de ayer: instituir las prácticas*. Buenos Aires: EUDEBA.
- Falcone, R. (1997). Historia de una ley. El Ejercicio Profesional de la Psicología (Ley 23.277) y sus antecedentes. en Rossi, L. y otros (Comps.). *La Psicología antes de la profesión. El desafío de ayer: instituir las prácticas* (pp. 65-78). Buenos Aires: EUDEBA.
- Falcone, R. (2013). Historia de las prácticas de la psicología, la psiquiatría y el psicoanálisis. Resultados de la investigación a partir de casos clínicos (1900-1960). *Anuario de investigación*. Vol. XX (2).
- Fidalgo, M. (2008). *Adiós al derecho a la salud*. Buenos Aires: Espacio Editorial.
- Foucault, M. (1967 [2010]). *Historia de la Locura en la época clásica*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Galende, E. (1990). *Psicoanálisis y Salud Mental. Para una crítica de la razón psiquiátrica*. Buenos Aires: Paidós.
- Galende, E. (1992). *Perspectivas en Salud Mental en Argentina para la próxima década*. Buenos Aires: Seminario FLACSO-OPS.
- Gómez Campo, V. M. & Tenti Fanfani, E. (1989). *Universidad y profesiones. Crisis y alternativas*. Buenos Aires: Miño y Dávila Editores.
- Gonzalez Uzcátegui, R & Levav, I. (1991). Reestructuración de la Atención Psiquiátrica: Bases Conceptuales y Guías para su implementación, en *Memorias de la Conferencia Regional para la Reestructuración Psiquiátrica*. Caracas, Venezuela: Organización Panamericana de la Salud.
- Harari, R. & Musso, E. (1970). El psicólogo clínico en la Argentina. *Revista Argentina de Psicología*; I (4).
- Hermosilla, A. M. & Cataldo, R. (2012). Ley de Salud Mental 26.657. Antecedentes y perspectivas. *Psiencia, Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, pp. 134-140.
- Kanner, L. (1971). *Psiquiatría Infantil*. Buenos Aires: Paidós.
- Klappenbach, H. (1989). Higiene mental en las primeras décadas del siglo. Principales lineamientos y fundamentos ideológicos. *Anuario de Investigaciones*, pp. 189-195.
- Kraut, A. (2006). Derechos Humanos y salud mental en Argentina, en Galende, E. & Kraut, A. (Eds). *El Sufrimiento Mental. El poder, la ley y los derechos*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- LANGLEIB, M. (1983). *Crónica de la creación de la Carrera de Psicología*; en *Revista Argentina de Psicología*; Año XIV; N 34; Buenos Aires.
- Malfé, R. (1969). Intervención Mesa Redonda "El quehacer del Psicólogo en la Argentina de hoy". *Revista Argentina de Psicología*; I (1).
- Ostrovsky, A (2010). Carlos Octavio Bunge y el feminismo, en *Memorias de II Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación VII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Buenos Aires: Facultad de Psicología-UBA.
- Stolkiner, A. (2003). Nuevos enfoques en salud mental, en *XIV Congreso Latinoamericano de Arquitectura e Ingeniería*. Buenos Aires.
- Stolkiner, A. (2009). Ética y prácticas en Salud Mental, en Fantin, J. C. & Friedman, P. (Comps.). *Bioética, Salud Mental y Psicoanálisis*. (pp. 171-186). Buenos Aires: Editorial Polemos.
- Talak, A. (2005). Eugenesia e higiene mental: usos de la psicología en la Argentina, 1900-1940, en *Darwinismo social y eugenesia en el mundo latino* (pp. 563-599). Buenos Aires: Siglo XXI.
- Uresti, M. (2002). Generaciones, en Altamirano, C (Dir.). *Términos críticos de sociología de la cultura*. Buenos Aires: Paidós.

#### Cita sugerida:

Campodónico, N. (2018). La configuración de las políticas públicas en Argentina. Desde la profesionalización de la Psicología hasta la Ley de Salud Mental (1954-2010). *Coordenadas. Revista de Historia Local y Regional* (5) 2, 67-89.